



CÂMARA MUNICIPAL DE  
**SANTA LUZIA**  
PODER LEGISLATIVO

N.º do Processo	Nº do Protocolo	Data do Protocolo	Data de Elaboração
<b>35/2023</b>	<b>35/2023</b>	<b>01/02/2023 10:44:18</b>	<b>01/02/2023 09:43:38</b>

Tipo

**REQUERIMENTO**

Número

**1/2023**

Principal/Acessório

**Principal**

Autoria:

**LUIZA DO HOSPITAL**

Ementa:

Piso salarial profissionais da enfermagem.

